41e Année. — N° 17 Vendredi 27 Avril 1894

LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Maladies des voies urinaires : Rétrécissement de l'urèthre guéri par l'électrolyse linéaire depuis deux ans et demi, par le Dr J.-A. Fort, 257. — **Bibliographie** : Les affections parasyphilitiques, par le prof. Alfred Fournier, 259. — De l'onanisme chez la femme, par le Dr Pouillet, 260. — **Revue de la presse russe** : De la paralysie progressive chez les femmes et du rôle de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie en général, 260. — Des ascarides comme cause déterminante de l'anémie pernicieuse progressive, 261. — **Académie des sciences** : *Séance du* 16 *avril* 1894. — Présidence de M. Lœwy. — Recherches sur la rigidité cadavérique. 261. — Mécanisme de l'hyperglycémie déterminée par la piqûre diabétique et par les anesthésiques. Faits expérimentaux pouvant servir à établir la théorie du diabète sucré et de la régulation de la fonction glycoso-formatrice à l'état normal, 262. — **Académie de médecine** : *Séance du* 24 *avril* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Des glycérophosphates et de leur emploi en thérapeutique, 263. — Election, 263. — Conditions hygiéniques de la ville de Valenciennes dans leurs rapports avec la fièvre typhoïde, 263. — Aiguilles dans le genou. Arthrotomie, 264. — Sur le dosage de l'exalgine, 264. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du* 20 *avril* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Sur le mécanisme du réflexe rotulien, 264. — Endocardite végétante expérimentale sans traumatisme valvulaire par streptocoque d'origine salivaire, 264. — **XIe Congrès international des sciences médicales** tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894 (*suite*). — Sur la sensibilité de la femme normale et de la prostituée, 264. — Action diurétique de la lactose, 265. — L'anasarque par rétention d'urine sans albuminurie, 265. — Du diabète pancréatique expérimental, 266. — D'une forme de cirrhose non alcoolique du foie par auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, 266. — La nutrition dans le diabète sucré, 266. — Le foie dans les infections, 268. — Poisons cardiaques microbiens, 267. — Sur deux modes inédits de la tuberculose par la voie buccale, 267. — Rôle de la débilité nerveuse dans la production de la fièvre, 267. **Société de chirurgie** : *Séance du* 25 *avril* 1894. — Présidence de M. Lucas-Championnière. — Anévrysme poplité. Ligature. Insuccès. Ablation du sac. Guérison, 268. — Métrite et prolapsus utérin, 268. — De la conduite à suivre dans les cas de hernies étranglées gangrenées, 268. — Fistule trachéale, 268. — Varice anévrysmoïdale de l'origine de la saphène, 269. — **Memento pratique** : Pilules pour augmenter le volume des seins, 269. — Sur le traitement de la coqueluche, 269. — **Nouvelles**, 269. — **Bulletin bibliographique**, 272. — **Feuilleton** : Chaire de pathologie externe (*suite et fin*), 258.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Rétrécissement de l'urèthre guéri par l'électroyse linéaire depuis deux ans et demi,

Par le Dr J.-A. Fort.

Le 4 novembre 1891, mon excellent confrère, le Dr Augier, de Carpentras (Vaucluse) m'adresse M. X... qui urine goutte à goutte. Le malade me consulte le 4, après avoir fait 200 lieues ; il est opéré le 5, et repart pour Avignon le 7 au matin, complètement guéri.

X... est âgé de 30 ans environ. Il jouit d'une excellente constitution.

Les antécédents ayant quelque rapport avec sa maladie actuelle consistent en une blennorrhagie que le malade contracta au régiment, sept ans auparavant. L'écoulement persista assez longtemps (plusieurs mois).

Il y a trois ans environ, le jet d'urine a diminué de grosseur ; peu à peu se sont montrés des symptômes de dysurie. Il y a eu parfois de la rétention d'urine, un léger suintement de l'urèthre, visible surtout le matin, et une diminution du jet telle que le malade en était arrivé à uriner souvent goutte à goutte.

Les urines sont légèrement troubles ; les mictions, fréquentes, se renouvellent huit ou neuf fois environ pendant le jour et trois fois la nuit. Elles sont douloureuses et nécessitent ordinairement de violents efforts.

Un explorateur à boule n° 15 parcourt le canal, sans rencontrer d'obstacles, jusqu'à une profondeur de 19 centimètres 1/2, la verge étant tirée modérément comme dans le cathétérisme. Le siège de l'obstacle, c'est-à-dire du rétrécissement, se trouve à la profondeur de 14 centimètres, la verge étant au repos, ce qui veut dire que la traction exercée sur la verge donne une augmentation de longueur de 5 centimètres 1/2.

Depuis le méat urinaire jusqu'à l'obstacle que je viens d'indiquer, l'urèthre est libre et de dimensions normales.

Pour me rendre compte du diamètre du point rétréci, je diminue insensiblement le volume des boules exploratrices, mais je constate que les plus petites même ne peuvent franchir le rétrécissement.

Cette constatation étant faite, et ayant la certitude, par elle, que l'extrémité filiforme de mon électrolyseur ne pourra point traverser le point rétréci, je cherche à placer une bougie à demeure de manière à produire, pendant la nuit, un certain degré de dilatation.

J'essaye successivement les bougies nos 5, 4 et 3, ainsi que les filiformes les plus fines et les plus variées.

Ce n'est qu'au bout de trois quarts d'heure que je parviens à faire pénétrer une bougie n° 3. Je recommande au malade de la conserver jusqu'au lendemain matin.

Le lendemain, je retire la bougie et je mets mon électrolyseur en place.

Ce rétrécissement est un des plus étroits qu'on puisse rencontrer, et nous avons toujours regretté que M. Guyon, dans les expériences qu'il a dirigées à l'hôpital Necker, n'ait pas pris des rétrécissements longs et durs, à peu près inopérables, et réfractaires même à l'instrument tranchant.

Tel était mon bagage diagnostique avant l'opération. Ayant connu plus tard la longueur de l'urèthre de notre malade, je puis préciser exactement le siège du rétrécissement et dire quel intervalle le séparait de la vessie.

L'urèthre mesuré donnait une longueur totale de 22 centimètres, depuis le col vésical jusqu'au méat urinaire. Le rétrécissement siégeant à 14 centimètres du méat et étant formé par une succession de points rétrécis dans une étendue de 2 centimètres, il est évident que l'urèthre postérieur se trouvait à peu près sain dans une étendue de 5 centimètres entre le col de la vessie et le point rétréci. Je dis à peu près parce qu'il y avait chez mon malade une légère uréthrite postérieure.

C'est dans cette partie de l'urèthre que se développe l'uréthrite postérieure, c'est dans ce même point que s'ouvrent les nombreuses glandules uréthrales dont l'ensemble constitue la prostate et qui s'enflamment elles-mêmes par propagation de l'uréthrite postérieure, pour donner lieu à la prostatite, et plus tard peut-être à l'hypertrophie de cet amas glandulaire connu sous le nom de prostate.

J'ai fixé la bougie filiforme uréthrale autour de la verge de X... et je l'ai laissée à demeure depuis le 4 novembre à 5 heures du soir jusqu'au 5, à 9 heures du matin.

Le lendemain, je procède à l'opération de l'électrolyse linéaire. Je retire la bougie filiforme et j'introduis l'extrémité de l'électrolyseur jusqu'à ce que la lame de platine se trouve arrêtée par le rétrécissement.

12 éléments de la pile de Gaiffe donnent 25 milliampères ; au bout de quarante secondes, l'uréthrolyseur traverse le point rétréci. Je le retire aussitôt. Durée totale de l'opération, cinquante secondes. Pas de sang ; un certain degré de cuisson dans la partie profonde du canal. J'introduis une bougie n° 24 sans aucune difficulté. Je fais l'asepsie des voies urinaires au moyen de l'eau boriquée après et avant l'opération. Etonné moi-même de ce résultat si rapide, quoique que je l'aie constaté un grand nombre de fois, j'ai placé et laissé à demeure une sonde ouverte aux deux bouts, sonde n° 15, que j'ai retirée six heures après. Avant de placer la sonde, j'ai fait l'asepsie de la vessie et de l'urèthre, le malade a rendu l'eau boriquée avec un jet si puissant qu'il en a éprouvé une violente émotion et qu'il a déclaré n'avoir jamais uriné aussi vigoureusement de sa vie.

Il n'y a pas eu l'ombre de fièvre. X..., que j'ai forcé à se reposer à l'hôtel, le lendemain de l'opération, est reparti le surlendemain, urinant comme on urine à l'état normal, sans douleur et sans fréquence.

Le malade, pressé par ses affaires, repart le surlendemain pour Avignon, d'où il m'écrit le 15 novembre :

Je suis heureux de vous faire connaître que je ne souffre plus de mon rétrécissement. Ce résultat merveilleux me fait un devoir de vous renouveler dans quelle circonstance j'ai été affligé de cette maladie..... ....

Je dois ajouter que malgré tous les éloges que l'on me faisait de vous je ne pouvais croire à une semblable réussite. Aujourd'hui je suis prêt à proclamer que le succès dépasse tout ce que l'on peut imaginer. J'ai été guéri sans douleur et en un instant, à tel point que l'opération était terminée que je ne la croyais pas encore commencée.

Croyez bien, Monsieur le docteur, etc.

Le même jour je reçois la lettre suivante du Dr Augier.

Carpentras, 15 novembre 1891.

Très honoré confrère,

Le résultat que vous avez obtenu sur M. X... était pressenti par moi, puisque je vous l'ai adressé pour cela ; mais il dépasse toutes mes espérances. Depuis son retour, il n'a

FEUILLETON

Les chaires de pathologie externe.

(Suite et fin) (1).

La chaire de pathologie externe, qui est considérée comme un acheminement à celle de clinique chirurgicale, vit successivement passer six professeurs qui n'y firent pour ainsi dire qu'un stage.

Cloquet, démissionnaire en 1858, fut remplacé par Gosselin (24 décembre 1858), présenté en première ligne contre Richet qui passa à la chaire de clinique de la Pitié, le 5 janvier 1867 (2).

Denonvilliers ayant pris la chaire d'opérations en 1865, fut remplacé par Alfred Richet, présenté en première ligne contre Broca et Follin (3).

A la permutation de Gosselin, trois candidats se mirent sur les rangs. La Faculté dressa la liste de présentation dans l'ordre suivant : Broca, Follin, Verneuil. Paul Broca fut nommé le 9 février 1867 (1).

La permutation de Richet pour la chaire de clinique mit en présence les candidatures de Verneuil et de Dolbeau. Follin était mort sans avoir pu arriver au professorat pour lequel il avait tant d'aptitudes. Aristide Verneuil, présenté le premier sur la liste, fut nommé le 12 décembre 1867 (2).

Le 15 décembre 1868, Dolbeau, Henri-Ferdinand, a été nommé professeur de pathologie externe, en remplacement de Verneuil. Interne en 1851, aide d'anatomie en 1854, docteur en 1856, prosecteur en 1857, chirurgien du bureau central en 1858, agrégé en 1860, Dolbeau avait tout ce qu'il faut pour réussir. Il s'était préparé à l'enseignement en faisant pendant plusieurs années des cours à l'Ecole pratique. Il porta dans sa chaire de la Faculté le même esprit lucide ; il ne faisait que peu d'érudition ou d'historique, pensant avec raison que c'était un hors d'œuvre pour un cours didactique ; mais il insistait sur le diagnos-

(1) V. *France médicale*, nos 14, 15 et 16, 1891.
(2) Voir *Chaires de clinique chirurgicale*.
(3) *Id.*

(1) Voir *Chaires de clinique chirurgicale*.
(2) *Id.*

rouvé aucune fatigue du côté des voies génitales, et il ine à plein canal. Il est enchanté et moi aussi.

Veuillez me permettre, Monsieur et très honoré confrère, ajouter au témoignage de ma profonde admiration l'ex- ession de mes sentiments de gratitude et d'affectueuse mpathie.

Dr Augier,

Ce malade n'a pas subi de dilatation après l'électro- se. Je lui ai simplement recommandé de passer tous s mois le n° 22, ce qu'il fait scrupuleusement. Il y à ux ans et demi qu'il a été opéré, la guérison ne s'est s démentie un seul instant. Je n'exagère rien quand dis que l'électrolyse, faite selon les règles, est inof- nsive, rapide et indolore. Ceux qui n'obtiennent pas s mêmes résultats ne se conforment pas évidemment ix préceptes que j'ai donnés.

On peut objecter que tous les cas ne sont pas aussi ciles. Je le reconnais, et je sais qu'il est des rétré- ssements tellement durs qu'ils sont réfractaires à nstrument tranchant et, *à fortiori*, à l'électrolyseur, ais j'ai déjà prouvé que plus des deux tiers des rétré- ssements sont tendres et je crois qu'on ne doit pas édaigner une opération infiniment plus bénigne que uréthrotomie, moins longue et moins fastidieuse que la ilatation, guérissant plus des deux tiers des malades. L'électrolyse est une opération tellement bénigne et peu douloureuse qu'on peut la préférer à une seule éance de dilatation.

BIBLIOGRAPHIE

es affections parasyphilitiques, par le prof. Alfred Fournier. — Rueff et Cie, éditeurs, Paris, 1894.

Plus je vieillis dans l'étude de la syphilis, écrit le rof. Fournier en tête de cet ouvrage, plus s'affermit en moi une conviction, de jour en jour renforcée par l'expérience, à savoir : que la syphilis n'est pas seulement coupable du groupe d'accidents — déjà cependant si étendu et si complexe — qu'on lui rattache d'un aveu unanime sous le nom d'accidents « spécifiques ». Très sûrement, elle fait plus que cela; elle fait en outre autre chose que cela. Et cette autre chose c'est une foule de « manifestations morbides qui, pour n'avoir plus rien de syphilitiques comme nature, n'en restent pas moins syphilitique d'origine », car selon toute vraisemblance, sans elle elles ne se seraient pas produites. Ce sont ces manifestations que le prof. Fournier désigne depuis longtemps déjà sous le nom d'affections parasyphilitiques et qu'il étudie dans cette nouvelle série de leçons.

Or ces manifestations, qu'il s'agisse de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire, sont nombreuses. Ce sont, pour la syphilis acquise, la syphilis pigmentaire; l'hystéro-neurasthénie aiguë de la période secondaire; les diverses manifestations neurasthéniques d'une étape plus avancée; l'hystéro-syphilis; le tabes; la paralysie générale; une forme spéciale d'épilepsie; une forme spéciale d'atrophie musculaire; — et pour la syphilis héréditaire : de nombreux troubles dystrophiques généraux ou partiels (malformations organiques; malformations dentaires notamment; arrêts ou retards du développement physique ou intellectuel; infantilisme, voire nanisme peut-être; cachexie native, inaptitude native à la vie, etc., etc.); le rachitisme; l'hydrocéphalie; certains cas de méningite simple du jeune âge; peut-être bien certains cas d'épilepsie vraie; sûrement en tout cas, le tabes juvénile et la paralysie générale sénile. — « Sans compter que cette liste est bien probablement destinée, au train dont marchent les choses, à s'enrichir d'acquisitions nouvelles ! »

Ce qui fait d'ailleurs l'importance et l'intérêt consi-

---

ie et la thérapeutique. Cette manière d'enseigner lui avait valu beaucoup de succès parmi les élèves. Mais il eut de graves déboires après la Commune de 1871; des troubles eurent lieu à son cours et la Faculté fut témoin de scènes scandaleuses.

Un jour, après un examen à la Faculté, Dolbeau perdit connaissance, fut frappé d'hémiplégie et reporté chez lui où il mourut le lendemain 10 mars 1877, sans avoir repris connaissance.

Parmi les publications qu'on doit à Dolbeau, les plus importantes sont : *Recherches sur les vaisseaux du bassin* (1855), *Recherches anatomiques sur les vaisseaux de l'œil* (1856), *Mémoires sur les kystes de la surface convexe du foie* (1856), *Mémoires sur les tumeurs cartilagineuses des doigts, des mâchoires, du bassin et de la parotide* (1858-1860). *De l'emphysème traumatique* (agrégation), *De l'épispadias* (1861), *Traité de la pierre dans la vessie* (1864), *Leçons de clinique chirurgicale professées à l'Hôtel-Dieu* (1865-1866), *De la lithotritie périnéale* (1872), *Exostoses des sinus de la face* (1872).

Lorsque Verneuil prit en 1872 la chaire de clinique de la Pitié, la Faculté fit la présentation des trois candidats dans l'ordre suivant : Trélat, Le Fort, Guyon. Ulysse Trélat fut nommé le 24 juin 1892.

Trélat occupa la chaire de pathologie externe pendant huit ans et passa en 1880 à la chaire de clinique (1).

A la mort de Dolbeau, trois candidats se présentèrent : Guyon, Duplay et Tillaux. Guyon (Félix) fut nommé le 27 juin 1877. Il occupa cette chaire jusqu'au 14 mars 1890, époque où elle fut supprimée et changée en une chaire de clinique des maladies des voies urinaires (2).

A Trélat succéda Simon Duplay, nommé le 27 novembre 1880 et qui passa le 21 juin 1884 à la chaire d'opérations et appareils, puis, à celle de clinique chirurgicale (3).

Six semaines après, la Faculté présentait en première ligne Odilon Marc Lannelongue (4) qui fut nommé le 4 août.

(1) Eloge par de Saint-Germain, *Soc. chir.*

(1) Voir *Chaires de clinique chirurgicale.*

(2) Voir *Chaire de clinique des maladies des voies urinaires.*

(3) Voir *Chaires de clinique chirurgicale.*

(4) Né le 4 décembre 1840 à Castéra-Verduzan (Gers), interne en 1862, médaille d'or en 1866, aide d'anatomie en 1865, docteur le 10 août 1867, prosecteur en 1868, agrégé en 1869.

dérable de ces accidents parasyphilitiques, ce n'est pas seulement leur nombre, mais c'est encore leur gravité spéciale, gravité qui a sa raison dans l'insuffisance, dans la *faillite* du traitement spécifique ; ils ne guérissent ni par le mercure, ni par l'iodure. Cette annexion à la syphilis des affections parasyphilitiques aggrave donc considérablement le pronostic de cette grande infection, en la chargant de responsabilités écrasantes. Aussi l'auteur a-t-il raison de dire qu'on ne craint pas assez la syphilis, et surtout qu'on ne s'en défend pas assez et qu'on ne demande pas assez aux pouvoirs publics d'en défendre la société. « Prenez garde ! s'écrie le professeur Fournier en s'adressant aux hygiénistes et aux gouvernants, en réalité la vérole est un ennemi plus redoutable que vous ne le pensez. Elle ne se borne pas à l'ordre des méfaits — déjà si nombreux et si terribles cependant — qu'on lui attribuait jusqu'ici. De par l'observation contemporaine elle comporte en surplus, en supplément, d'autres dangers plus sérieux encore et plus menaçants ; elle est responsable notamment de toute une série d'affections nerveuses des plus graves, dont les types usuels ne s'appellent rien moins que paralysie générale et ataxie. La prophylaxie devient donc, à ce titre, un intérêt public, social, et mérite sans doute plus d'attention, plus de souci, plus de sollicitude, qu'on ne lui en a accordé jusqu'à ce jour. » On ne saurait penser plus juste, on ne saurait mieux dire. Dr E. Deschamps.

De l'onanisme chez la femme, par le Dr Pouillet, Sixième édition. — Battaille et Cie, édit., Paris, 1874.

Sixième édition!!! C'est dire que ce livre n'est plus un inconnu pour beaucoup. Combien de lecteurs et peut-être de lectrices doit représenter cette suite d'éditions ! Mais combien sont-ils ceux ou celles qui ont cherché dans cet ouvrage l'horreur de la manuélisation. Sixième édition ! ! cela dépasse de beaucoup (en lectrices) les mille et une de Don Juan. Seraient-ce des malades qui sont venus grossir le nombre ordinaire des lecteurs des livres de médecine? Seraient-ce des victimes de l'onanisme qui sont venues demander au Dr Pouillet la guérison de leur psychopathie ?

L'énumération des calamiteuses complications qui peuvent résulter de la masturbation a dû certes pétrifier d'horreur et surtout étonner bien des lectrices auxquelles leur expérience personnelle n'avait jamais révélé l'existence de tant de maux. Si l'auteur n'a pas mis d'exagération dans la description du tableau présenté par la malheureuse manuélisée, nul mal en effet n'est plus grand, nul fléau n'est plus terrible.

La masturbation a existé depuis que les sexes existent ; M. Pouillet le démontre ; donc on peut s'étonner à bon droit après avoir lu son livre que la fin du monde ne soit, de son fait, depuis longtemps survenue.

Herc. Fèvre.

REVUE DE LA PRESSE RUSSE

De la paralysie progressive chez les femmes et du rôle de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie en général. — M. Janoff a publié dans les *Archives de pyschiatrie* de Moscou un rapport ayant trait à la paralysie progressive chez les femmes et au rôle de la syphilis dans l'étiologie de cette affection, et cela en diverses puissances de l'Europe (Autriche, Italie, Allemagne, Angleterre, Belgique, France, Danemark). En voici le desirata les plus saillants et les plus instructifs.

La paralysie progressive se rencontre chez les femmes beaucoup plus fréquemment que ne l'ont pensé les anciens auteurs. En se basant sur une étude de 104.000 malades

---

C'est le titulaire actuel. Lannelongue n'avait connu que des succès dans tout le cours de ses études médicales, et sa thèse sur la *Circulation veineuse des parois auriculaires du cœur* constituait un travail original. Il s'occupa plus particulièrement des affections osseuses, publia soit seul, soit en collaboration avec ses élèves, les ouvrages suivants : *Ostéomyélite chronique ou prolongée*, 1879. — *Ostéomyélite pendant la croissance*, 1879. — *Traité des kystes congénitaux*, 1886. — *Coxo-tuberculose*, 1886. — *Tuberculose vertébrale*, 1888. — *Affections congénitales*, 1891. Appelé à donner des soins à Gambetta en 1882, Lannelongue publia en 1883 un curieux mémoire sur *sa Blessure et sa maladie*.

Ses compatriotes l'appelèrent à la députation en 1893. Il est fâcheux que la politique enlève à l'enseignement des professeurs qui peuvent rendre tant de services à la science. Ils oublient que leurs devanciers, les professeurs Bouillaud, Malgaigne, Trousseau, Gerdy à Paris, Bouisson à Montpellier, hommes d'une valeur incontestable, n'ont occupé à la Chambre qu'une place tout à fait secondaire, au préjudice des intérêts scientifiques qui leur étaient confiés, et que, si nos droits ou nos aspirations ont été défendus à la Chambre, ils l'ont été par des confrères qui n'avaient aucune attache officielle.

Tableau synoptique.

1794-1795	Chopart.	1794-1820	Percy.
1725-1807	Lassus.		
1807-1818	Richerand.		
1818-1850	Marjolin.	1820-1830	Roux.
		1831-1833	Cloquet.
1851-1858	Cloquet.	1833-1856	Gerdy.
1858-1867	Gosselin.	1856-1865	Denonvilliers.
		1865-1867	Richet.
1867-1868	Broca.	1867-1872	Verneuil.
1868-1877	Dolbeau.	1872-1880	Trélat.
1877-1890	Guyon.	1880-1884	Duplay.
		1884	Lannelongue.

A. Corlieu.

is en différents hôpitaux de l'Europe, il se trouve l'en moyenne sur 10 hommes paralytiques il n'y a que femmes ; si l'on prend le nombre total des cas de aralysie chez l'homme et qu'on le compare à celui des mmes, on constate une proportion de 1 : 3,8, c'est-direque pour 1 seule femme malade en question il y a n peu moins de 4 hommes, mais nullement 8 comme n l'admettait antérieurement.

Dans six puissances : Autriche, Allemagne, Danemarck, Italie, Angleterre et Russie, la proportion respective des sexes dans la paralysie est presque la même, avoir : sur 10 hommes paralytiques il n'y a que 3 femmes parmi 47.000 malades). Il est à remarquer qu'en Belgique et en France les cas de paralysie chez les femmes ont plus fréquents : sur 10 hommes on admet 4 femmes.

Les causes de désaccord parmi les auteurs sont au nombre de deux : l'erreur dans les conclusions en raison du petit nombre d'observations et le nombre plus grand de cas de paralysies chez les femmes en ces dernières années.

L'étiologie de la paralysie chez la femme ne se distingue pas autrement en son essence de celle de la paralysie de l'homme. La seule différence consiste en ce que chez les hommes apparemment, on observe plus souvent des excès de toutes sortes (particulièrement alcooliques) tandis que chez la femme c'est l'ennui, le souci et la lutte acharnée pour l'existence qu'on observe le plus habituellement. Il n'en reste pas moins acquis comme caractéristique pour les deux sexes que la paralysie comporte trois conditions étiologiques parmi lesquelles la syphilis joue le rôle principal et le plus important : chez les femmes de 74 0/0 en moyenne. L'hérédité est taxée de 50 0/0 dans tous les cas de l'auteur.

L'âge ne paraît pas avoir en l'espèce, une portée considérable. Il est toutefois à remarquer que c'est la quarième dizaine qui semble prédisposer à la maladie qui nous occupe ; en outre, la période de la ménopause de la femme à laquelle on attachait beaucoup d'"importance autrefois ne paraît pas avoir la même valeur aujourd'hui que les données statistiques sont mieux établies.

L'aspect clinique de la paralysie progressive n'offre pas dans les deux sexes de différences assez accusées pour qu'on puisse établir une forme particulière de *paralysie féminine* ; mais il n'en est pas moins vrai que le cours de la maladie chez la femme présente certaines particularités : délire des grandeurs peu accusé, coquetterie et rapports sexuels.

Le rôle de la syphilis à l'égard de la paralysie est double : rôle immédiat ou direct dans la minorité des cas, de pseudo-paralysie principalement, et médiat ou indirect dans la paralysie réelle où la syphilis ne fait que préparer le terrain. C'est sur celui-ci qu'en présence d'autres conditions étiologiques favorables se développe la maladie. On ne connaît pas en quoi consiste la propriété prédisposante de la syphilis dans la paralysie.

En étudiant la paralysie tant chez les hommes que chez les femmes, il convient de prendre en considération l'état des organes internes (du foie, de la rate et des reins) qui offrent très souvent plus ou moins de modifications (le foie dans 87 0/0.)

Le diagnostic distinctif de la pseudo-paralysie et de la paralysie vraie, réelle, est, dans la majorité des cas, très difficile, les symptômes admis de la première n'étant pas suffisamment établis ; c'est l'issue de la maladie, sous l'influence d'un traitement spécifique, qui acquiert alors une portée significative.

C'est pourquoi un *traitement antisyphilitique modéré* est indiqué dans les cas de paralysie où l'on peut supposer dans l'anamnèse des malades des accidents syphitiques et particulièrement lorsque les manifestations antérieures n'ont pas été dûment soignées.

Des ascarides comme cause déterminante de l'anémie pernicieuse progressive. — On sait qu'on a décrit sous ce nom, en ces dernières années, une anémie à forme rapide, qui s'observe surtout chez les femmes nouvellement accouchées et se caractérise par tous les symptômes de l'anémie avec dyspepsie, diarrhée et vomissements, œdèmes multiples et hémorrhagie.

M. Karvonen communique dans le journal finlandais *Duodecim* un cas de cette nature.

Il s'agit d'une jeune paysanne de 16 ans ayant remarqué pendant deux dernières années la présence d'ascarides dans les excréments. Il en est sorti un avec les vomissements.

Au bout de peu de temps état général affaibli ; bourdonnements dans les oreilles, maux de tête, frissons ; œdème de la face.

La malade est clouée au lit malgré sa forte constitution. Du côté du cœur des bruits systoliques forts.

On prescrit de la santonine : quelques ascarides sont expulsés. La malade guérit sans aucun autre traitement.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 avril. — Présidence de M. Lœwy.

Recherches sur la rigidité cadavérique. — M. J. Tissot. Jusqu'à ce jour, deux opinions contraires ont divisé les physiologistes sur la question de la rigidité cadavérique. Les uns, avec Brucke, Kuhne, prétendent qu'elle est due à un phénomène chimique, la coagulation de la myosine. D'autres, avec Nysten, Brown-Séquard, la considèrent comme une dernière contraction du muscle, c'est-à-dire comme un phénomène physiologique. Les seuls faits autorisant à soutenir la seconde hypothèse sont les analogies de la rigidité cadavérique avec la contraction musculaire et les faits publiés par Brown-Séquard. Aucune des manifestations vitales essentielles n'a encore été observée dans les muscles rigides. Les expériences que j'ai faites sur ce sujet m'ont donné les résultats suivants :

1° Les muscles rigides sont très souvent excitables électriquement pendant un temps variable au début de la rigidité et même lorsqu'elle est complètement rétablie. Cette

persistance de l'excitabilité est presque constante dans tous les cas où la rigidité survient rapidement. Ce phénomène est la règle dans certaines espèces (cheval) chez lesquelles la rigidité survient toujours brusquement après la mort. On peut le mettre en évidence en strychnisant les animaux ou en les électrisant avant de les tuer (grenouille, chien, chat). M. Chauveau à vu l'excitabilité durer cinq heures chez le cheval.

2° Les muscles rigides dont l'excitabilité électrique est perdue peuvent encore conserver leur excitabilité mécanique pendant longtemps. M. Chauveau l'a vue persister quinze heures chez le cheval. Chez le fœtus, je l'ai vue persister très vive pendant deux jours.

Je dirai à ce propos que les muscles du fœtus deviennent rigides comme ceux de l'adulte ; mais la rigidité y apparaît beaucoup plus tard, lorsque le fœtus a été extrait du corps de la mère et qu'on l'a laissé se refroidir. L'excitabilité électrique disparaît avant que la rigidité ait apparu mais l'excitabilité mécanique (contraction idio-musculaire) persiste beaucoup plus longtemps, jusqu'à deux jours après le début de la rigidité.

3° Les muscles rigides qui ont perdu l'excitabilité électrique et mécanique possèdent encore l'excitabilité aux agents chimiques.

Contrairement à ce qui a été dit par plusieurs physiologistes, l'excitabilité des muscles aux agents chimiques (chloroforme, ammoniaque, éther, etc.) persiste beaucoup plus longtemps que l'excitabilité mécanique, et persiste toujours la dernière. Je l'ai vue persister dans certains cas vingt-six et vingt-huit heures après la mort chez les mammifères. Chez la grenouille, elle disparaît de quatre à huit jours après l'apparition de la rigidité complète (en hiver).

4° Tandis que l'excitabilité électrique décroît progressivement, l'excitabilité du muscle à certains agents croit en sens inverse et atteint son maximum lorsque l'excitabilité électrique disparaît et au moment où le muscle va entrer en rigidité. Pour d'autres agents chimiques, l'excitabilité décroît régulièrement sans atteindre le maximum. C'est une erreur de vouloir déterminer, d'après l'action d'un ou deux agents, comme l'ont fait beaucoup de physiologistes, la conduite des muscles envers les excitants chimiques en général, et on peut dire que le muscle se conduit différemment avec chacun d'eux.

5° Les muscles tétanisés et fatigués présentent de même une exagération de sensibilité aux mêmes excitants chimiques que les muscles, rigides. On l'observe aussi dans les muscles dont les vaisseaux ont été ligaturés pendant un certain temps, et dans les muscles soumis aux causes de dépérissement, contact de l'air, chaleur, dessèchement, etc,

6° La contraction produite dans un muscle rigide par un excitant, même par une faible quantité de vapeurs (chloroforme, ammoniaque), est accompagnée de la production d'un courant du même sens que le courant d'action du muscle. Elle est aussi accompagnée d'un dégagement de chaleur, comme la contraction musculaire normale.

7° Les muscles rigides suspendus dans l'air absorbent de l'oxygène et exhalent de l'acide carbonique.

8° J'ai pu déterminer, mais dans deux cas seulement, l'apparition de la rigidité dans un gastrocnémien de grenouille par une seule excitation électrique intense, un peu avant le moment où le muscle perd son excitabilité électrique. Je n'ai pas encore pu déterminer les conditions dans lesquelles ce phénomène se produit.

Mécanisme de l'hyperglycémie déterminée par la piqûr diabétique et par les anesthésiques. Faits expérimentau pouvant servir à établir la théorie du diabète sucré et de l régulation de la fonction glycoso-formatrice à l'état norma — M. Kaufmann. Dans une note antérieure j'ai établi q le produit de la sécrétion interne du pancréas exerce, p l'intermédiaire du sang, une action frénatrice directe s le tissu du foie. Il faut admettre, comme conséquence c ce fait, que la glycoso-formation intra hépatique est su ceptible d'être influencée par toute action modifiant l'a tivité de la sécrétion pancréatique interne. Quand le pr duit pancréatique cesse d'être versé dans le sang, les c lules hépatiques se trouvent libérées de la part de l'actio frénatrice qui revient à ce produit, d'où suractivité de production du sucre, hyperglycémie et glycosurie. Quan au contraire, le sang qui arrive au foie est riche en produ pancréatique, les éléments hépatiques sont soumis à u action frénatrice puissante, d'où diminution de la producti sucrée et hypoglycémie.

En poursuivant l'analyse expérimentale de la régulati de la fonction glycémique, j'ai trouvé des faits nouveau qui permettent de mieux saisir le mode d'action du sy tème nerveux sur la glycoso-formation et de comprend les perturbations diverses de cette fonction.

Cl. Bernard a montré que la piqûre du bulbe (piqûre di bétique) produit l'hyperglycémie et la glycosurie. Tout monde sait aussi que le même effet hyperglycémique produit, mais généralement à un moindre degré, sous l'i fluence de l'administration des anesthésiques. Mais jusqu'i le mécanisme de l'hyperglycémie ainsi provoquée est res fort obscur et controversé. La découverte de l'action frén trice exercée directement sur le foie par la sécrétion i terne du pancréas, m'a permis d'envisager la question à t point de vue nouveau.

L'action nerveuse, créée dans les centres par la piqû du bulbe, se transmet-elle au pancréas ou au foie, ou simultanément à ces deux organes ? L'hyperglycémie pou rait, en effet, dériver d'une suspension de l'activité pa créatique interne, ou d'une excitation des éléments glycos formateurs du foie, ou d'une action s'exerçant simultan ment sur le foie et le pancréas.

On sait que la piqûre diabétique est destituée de s effet hyperglycémique ordinaire si l'on coupe préalabl ment les nerfs splanchniques (Cl. Bernard). Mes expérienc confirment ce fait de la façon la plus complète et montre de plus que, dans ces mêmes conditions, l'administrati des anesthésiques n'est plus suivie d'aucun effet hyperg cémique.

Ainsi l'action hyperglycémique créée dans les centr nerveux par la piqûre diabétique ou par les anesthésiqu passe tout entière dans les cordons nerveux formés par l splanchniques. Ces deux nerfs transportent nécessairem l'impression dans le ganglion semi-lunaire dans lequel se terminent. Mais au-delà de ce ganglion que devient ce action et à quels organes se transmet-elle ?

Les trois séries de résultats expérimentaux qui suive nous l'apprennent.

A. *Effets de la piqûre diabétique et des anesthésiques s les animaux dont le foie et le pancréas sont énervés simu tanément.* — Quand on a coupé tous les filets nerveux q du ganglion solaire, se rendent au foie et au pancréas, piqûre diabétique et les anesthésiques n'ont plus auc effet hyperglycémique. Donc l'influence nerveuse transmi

ar les splanchniques au ganglion solaire s'échappe de elui-ci en suivant la voie des nerfs coupés, c'est-à-dire rrive au foie ou au pancréas, ou encore simultanément à es deux organes.

B. *Effets de la piqûre diabétique et des anesthésiques sur es animaux dont le foie conserve ses relations nerveuses intactes, mais dont le pancréas est énervé.* — Sur des animaux insi préparés, l'action créée dans les centres nerveux par a piqûre diabétique et les anesthésiques continue à produire l'hyperglycémie. Le foie reçoit donc une excitation par ses fibres excito-sécrétoires. Ce résultat est en harmonie avec celui obtenu récemment par MM. Morat et Dufour, l'aide d'un procédé différent.

C. *Effets de la piqûre diabétique et des anesthésiques sur es animaux dont le foie seul est énervé, le pancréas conservant ses relations nerveuses intactes.* — Les expériences démontrent qu'en l'absence de toute transmission nerveuse au foie la piqûre diabétique et les anesthésiques produisent encore leur effet hyperglycémique, pourvu que le pancréas conserve ses relations nerveuses intactes.

En rapprochant les résultats des trois séries A, B et C, on arrive à cette conclusion importante, à savoir que : *l'action créée dans les centres nerveux sous l'influence de la piqûre du bulbe et des anesthésiques est transmise simultanément au foie et au pancréas.* Chacun de ces deux organes est influencé dans le sens de l'hyperglycémie. Le foie reçoit donc une action excito-sécrétoire pour la glycose, et le pancréas une action fréno-sécrétoire pour sa sécrétion interne. Les deux effets engendrés simultanément se superposent et placent l'organe glycoso-formateur dans les conditions les plus favorables à la production du sucre. Ainsi se trouve démontrée l'une des conclusions les plus importantes des recherches que nous avons faites, M. Chauveau et moi.

Les cellules hépatiques possèdent une activité glycoso-formatrice qui leur est propre et qui est indépendante du système nerveux, comme le montre le fait de la persistance de la glycoso-formation sur un foie isolé ou énervé. Mais, dans l'organisme normal, la production de la glycose devant être en rapport avec sa consommation, le système intervient pour la régler et l'adapter aux besoins.

La glycoso-formation a à son service un moteur : c'est le foie, et un frein : c'est le pancréas. Les faits exposés ci-dessus démontrent que la puissance du moteur s'accroît en même temps que celle du frein diminue. On voit, en effet, que le pancréas cesse de verser dans le sang son produit de sécrétion interne qui est frénateur pour les cellules hépatiques, pendant que le foie reçoit, par ses nerfs, une impulsion sécrétoire plus intense.

Ces faits permettent de comprendre très simplement le mécanisme de la régulation de la glycoso-formation.

Toujours les centres nerveux transmettent par la voie des splanchniques et du ganglion solaire deux actions inverses simultanées : l'une est déversée sur le foie, l'autre sur le pancréas. A l'état normal, ces actions, suivant la manière dont elles sont combinées, amènent une production de sucre qui est tantôt plus, tantôt moins abondante.

Les causes du diabète sucré agissent toutes en affaiblissant l'action frénatrice et en exaltant l'action glycoso-formatrice, par le mécanisme indiqué ci-dessus.

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 24 avril 1894. — Présidence de M. J. Rochard.

La correspondance comprend : 1° un travail de M. le Dr Schoull, de Troyes, sur l'efficacité des lavements créosotés dans le traitement de la broncho-pneumonie ; 2° une lettre d'un notaire annonçant à l'Académie que le Dr Dupierris, de Paris, récemment décédé, lègue à l'Académie une somme de 40.000 francs, dont l'intérêt servira à être donné en prix tous les deux ans à un ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires. Ce prix serait désigné sous le nom de Campbell Dupierris ; 3° une lettre de candidature du Dr Paul Regnard, dans la section de physique et de chimie médicales ; 4° un travail de M. le Dr Fiessinger, d'Oyonnax, sur les pleurésies des campagnards ; 5° un travail de M. le Dr A. Baratier, de Jeugny (Aube) sur la vaccination et sur le pansement des plaies vaccinales ; 6° une note sur l'hépatite suppurée d'origine dysentérique, par le Dr A. Calmette, médecin des colonies ; 7° une note de M. le Dr Tuefferd, de Montbéliard, sur une épidémie de typhus exanthématique qui a sévi récemment dans l'arrondissement de Montbéliard.

Des glycérophosphates et de leur emploi en thérapeutique. — M. A. Robin fait une communication préalable qu'il termine par les conclusions suivantes :

Les glycérophosphates sont des agents thérapeutiques qui accélèrent la nutrition générale par l'intermédiaire de leur action sur le système nerveux. Ils reconnaissent la dépression nerveuse comme indication essentielle.

En injections sous-cutanées, ils produisent des effets au moins aussi énergiques que le liquide testiculaire qui n'agit vraisemblablement qu'en vertu du phosphore organique qu'il contient.

Il pourrait y avoir avantage à les employer à la place de ce liquide, puisque l'on substituerait ainsi un produit défini, durable, à une préparation incertaine, variable et éminemment altérable.

Les observations citées plus haut donnent lieu d'espérer que les injections seront probablement utilisées dans le traitement des asthénies nerveuses de causes diverses, des albuminuries phosphaturiques, des phosphaturies, de la maladie d'Addison, de quelques sciatiques et du tic douloureux de la face. Dans l'ataxie locomotrice les résultats sont plus incertains et tout paraît se former à une diminution des douleurs fulgurantes.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un associé national.

Sur 66 votants, majorité 33, M. Bouchacourt, de Lyon, est élu par 55 voix contre 10 données à M. Azam, de Bordeaux.

Conditions hygiéniques de la ville de Valenciennes dans leurs rapports avec la fièvre typhoïde. — M. le Dr Manouvriez expose les conditions sanitaires de la ville de Valenciennes.

M. Brouardel. Il y a dans l'histoire typhoïdique de Valenciennes trois périodes nettement caractérisées et par une singulière coïncidence chaque période dure dix ans : avant l'amenée d'eau potable ; entre cette amenée d'eau et le curage des égouts et le creusement d'un canal de dérivation de l'Escaut, puis à partir de cette époque.

Avant l'amenée d'eau, la mortalité typhoïdique était au-dessus de 12 par 10.000 et quelquefois elle s'élevait à 30 ou

32; depuis l'amenée d'eau la mortalité a diminué ; mais on n'a distribué d'eau qu'à 20.000 habitants sur 30.000 ; on n'a donc pas obtenu de l'amenée d'eau tout le bénéfice qu'on aurait pu en retirer. Pour des raisons de navigation, on élevait de plus en plus le canal de l'Escaut, ce qui amenait des infiltrations dans les puits et même dans les caves, et retirait encore du bénéfice qu'aurait pu donner l'amenée d'eau. Actuellement on a construit un canal de dérivation destiné à recevoir le trop-plein du canal de l'Escaut et la mortalité a considérablement diminué. Valenciennes est donc un excellent exemple de la nécessité pour les villes d'assainir leur sous-sol.

Aiguilles dans le genou. Arthrotomie. — M. le Dr Mouchet (de Sens) rapporte le fait d'une jeune hystérique de 14 ans qui s'était introduit plusieurs aiguilles dans le genou droit. La jeune fille souffrait depuis longtemps lorsqu'elle se décida à avouer. Après l'extraction des aiguilles, la jeune fille fut guérie en seize jours.

Peu de temps après les douleurs recommencèrent. La jeune fille avoua qu'elle s'était de nouveau introduit des aiguilles dans le genou. Ces aiguilles furent extraites par une nouvelle arthrotomie.

Cette jeune fille avoue qu'elle avait voulu se rendre intéressante et faire parler d'elle. (Communication de M. Polaillon.)

Sur le dosage de l'exalgine. — M. Dujardin-Beaumetz. M. Bougon a attiré l'attention de l'Académie sur les dangers que présentait l'exalgine à la dose de 50 centigrammes. Il est, en effet, utile de ne pas dépasser la dose de 25 centigrammes pour ce médicament en une seule fois.

A 4 h. 40 la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 avril 1894. — Présidence de M. Ferrand.

Sur le mécanisme du réflexe rotulien. — M. du Cazal rappelle, à propos de la récente communication de M. Marie, qu'il a présenté à la Société de biologie, dans la séance du 15 février 1890, un malade qui, au même point de vue, semble encore beaucoup plus démonstratif et qui établit, d'une façon indiscutable, que le réflexe rotulien est bien d'origine médullaire.

Il s'agissait d'un garde de Paris qui présentait une amyotrophie post-arthritique très prononcée du triceps crural. Chez ce malade, la moelle présentait une hyperexcitabilité tout à fait anormale qui se révélait par l'exagération du réflexe rotulien du côté malade. Mais, de plus, lorsqu'on frappait sur le tendon rotulien, non seulement on provoquait un mouvement synergique dans le membre opposé, mais on provoquait encore un *cri réflexe* causé par la contraction spasmodique des muscles de la glotte. Or, la physiologie nous enseigne que le centre de ce réflexe se trouve dans les parties les plus élevées de la moelle, dans la région bulbo-protubérantielle de l'isthme encéphalique.

Le rapport intime qui reliait ces phénomènes prouvait bien leur dépendance du centre médullaire.

Endocardite végétante expérimentale sans traumatisme valvulaire par streptocoque d'origine salivaire. — MM. G. Widal et F. Besançon. Nous présentons une endocardite végétante expérimentale chez un lapin dont les lésions sont exactement calquées sur celle de l'endocardite végétante humaine. Au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche existe une végétation blanchâtre, de la grosseur d'un pois granuleux et friable. Autour de cette végétation principale, existe un semis de petites granulations rougeâtres, grosses comme une tête d'épingle. Le cœur dans sa totalité est très hypertrophié. Le sang des cavités cardiaques a donné des cultures pures d'un streptocoque présentant les caractères de celui qui avait servi à l'inoculation seize jours auparavant.

Ce fait est intéressant à plus d'un point :

1° En ce que nous nous sommes trouvés ici dans des conditions voisines de la clinique : un streptocoque introduit sous la peau y détermine un érysipèle : celui-ci guérit; l'animal, est pris d'inappétence et meurt en quelques jours. Il n'y avait dans ce cas ni traumatisme valvulaire, ni injection intra veineuse;

2° En ce que le streptocoque qui est le point de départ de cette expérience n'était pas un streptocoque virulent, c'était un streptocoque provenant d'une bouche normale qui, inoculé dans le tissu cellulaire et dans les veines de l'animal, n'avait produit aucune lésion ; ce n'est qu'en renforçant sa virulence par un procédé qui sera décrit ailleurs, que nous sommes arrivés à produire une plaque d'érisypèle, et c'est le streptocoque tiré de cette plaque qui, inoculé à notre animal, a reproduit après un érysipèle bénin une endocardite végétante en tous points comparable à celles qu'on rencontre chez l'homme.

XIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894.

MÉDECINE (*Suite*).

Sur la sensibilité de la femme normale et de la prostituée. — M. Gurrieri (Bologne). Les recherches sur lesquelles est basé ce travail ont été pratiquées sur 40 filles d'un hospice d'orphelines, 60 prostituées presque toutes jeunes, la plupart examinées à la Clinique dermo-syphiligraphique de Bologne, et 15 femmes de bonnes mœurs qui, après beaucoup de difficultés, ont bien voulu se prêter à notre examen.

La sensibilité tactile fut explorée à la pointe de la langue et à la pulpe digitale des médius droit et gauche. Pour la sensibilité électrique, les parties examinées furent : la paume de la main droite et de la main gauche, le front un peu au-dessus de la glabelle, la pointe du nez, la pointe de la langue, les joues droite et gauche, la région ovarienne de chaque côté, le clitoris, la cuisse droite et la cuisse gauche, sur la face interne du tiers supérieur.

Je n'ai pu étendre, chez toutes les femmes, mon examen à tous les points indiqués ; par exemple chez les 40 filles de l'hospice d'orphelines, j'ai dû limiter mon examen aux mains, au front, à la nuque et aux joues.

Si on considère les résultats obtenus, il suffira de jeter un rapide coup d'œil sur les chiffres pour voir que toujours ou presque toujours les extrêmes de la sensibilité, comme ceux de la perception obtuse, sont donnés par les prostituées. Les chiffres extrêmes donnés par les femmes nor-

s sont renfermés dans des limites assez étroites. Ainsi renant la perception d'un courant électrique à la pointe ez, nous voyons que les chiffres de la sensibilité de la ne normale sont circonscrits entre deux extrêmes bien rapprochés que chez la prostituée; par exemple, ces res oscillent entre 110 et 160 (ce chiffres représentent millimètres la distance qui sépare les bobines), tandis chez les prostituées ces chiffres extrêmes deviennent 200.

es prostituées doivent être considérées selon qu'elles ont ouché ou avorté et selon qu'elles n'ont jamais été en état estation. Le nombre trop restreint des femmes normales ont été examinées ne permet pas, dans cette catégorie, semblable distinction.

l'on excepte la main, la prostituée a une sensibilité ucoup plus obtuse que la femme normale, et les prosées qui ont eu des enfants sont plus sensibles que celles n'en ont jamais eu.

a sensibilité n'est jamais égale des deux côtés du corps, est plus vive tantôt à droite, tantôt à gauche ; la différence est plus accusée chez les prostituées.

e ces recherches, il ressort que les signes de dégénérescence et les troubles de la perception de la sensibilité sont s accentués chez les prostituées que chez les femmes cées dans une condition sociale honnête. Ces signes de générescence paraissent en général moins marqués chez femmes qui ont eu un enfant.

e professeur Sergi, dans une lettre adressée récemment ombroso, constate que la sensibilité est moindre et l'irbilité plus grande chez la femme que chez l'homme ; également constaté une semblable différence, ayant servé chez les prostituées une sensibilité moindre et une itabilité plus grande que chez les femmes normales.

Action diurétique de la lactose. — M. Giofferdi (Naples). ction diurétique de la lactose, découverte presque en ême temps par Richet et Moutard-Martin en France, et r Albertoni en Italie, apportée en thérapeutique par Gerain Sée, est beaucoup plus évidente sur les animaux que r l'homme sain ou malade.

L'augmentation de la sécrétion urinaire n'est pas, comme anowski le croit, en rapport avec la grande quantité eau ingérée comme véhicule, mais elle est supérieure à lle-ci. Son usage, augmentant la quantité d'urine, diminue n poids spécifique et la quantité d'urée et des autres sels crétés ; mais, en même temps, on observe une notable gmentation de la quantité d'urée éliminée en vingt-uatre heures.

Les cardiaques sont ceux sur qui la lactose agit le mieux; urine augmente dans de telles proportions qu'elle finit uelquefois par atteindre le quintuple de la quantité primitive, bien que chez les autres malades, et même chez es cardiaques, elle n'ait produit que des effets négligeables. hez les pleurétiques et les cirrhotiques on obtient aussi ne notable augmentation de la quantité d'urine, dans de noindres proportions toutefois. Chez les néphrétiques, on btient un accroissement réel de la quantité d'eau éliminée, sans accroissement de la quantité totale d'urée.

Chez les chiens, les urines augmentent d'une façon bien lus considérable, si on introduit le médicament dans les eines ; il en est de même si on introduit dans l'économie n quantité quadruple par l'estomac.

Le seul inconvénient de l'usage thérapeutique de la lactose est qu'elle provoque quelquefois la diarrhée, par suite de quoi la diurèse cesse. Pour la prévenir, on a démontré qu'il est d'une grande utilité d'ajouter à la solution de ce médicament du laudanum liquide.

La lactose a une action énergique sur les vaisseaux des reins et sur toute la circulation. Chez les chiens, l'introduction d'un gramme par kilo en poids provoque une grande dilatation des reins en même temps qu'une légère augmention d'une pression de 20 à 40 mm. (carotide) et qu'un ralentissement sensible du pouls.

La dilatation des vaisseaux des reins est démontrée clairement par le tracé sphymographique des reins pris avec l'explorateur rénal de François Franck et par la circulation artificielle du rein même obtenue avec l'appareil de Mosso. L'écoulement du sang chargé de ce médicament augmente du triple dans l'unité de temps, et l'accroissement de volume du rein indiqué par l'instrument est très sensible.

La dilatation des vaisseaux est d'origine périphérique et centrale. Le médicament agit en diminuant l'excitabilité de tout le système vaso-moteur.

Chez les chiens soumis pendant trois et quatre mois à l'absorption quotidienne de fortes doses de lactose par voie interne et par voie hypodermique, on n'a jamais trouvé de fortes altérations anatomiques des reins.

L'anasarque par rétention d'urine sans albuminurie. — M. R. Lépine (de Lyon). — Divers auteurs, entre autres Bourgeois (d'Etampes), Trousseau, etc., ont signalé la relation existant entre une anasarque et la rétention prolongée de l'urine dans la vessie. Comment faut-il la comprendre ?

La distention de la vessie s'accompagne d'une augmentation de pression dans les uretères. Dans ce cas les reins fonctionnent d'une manière anormale que l'on peut comparativement étudier chez le chien en laissant l'urine s'écouler librement par un uretère, et en adaptant à l'autre un tube dont l'orifice d'écoulement est élevé à une certaine hauteur. De ce côté, le rein supporte la contre-pression d'une colonne d'urine de la hauteur qu'on désire. Or, on constate que si l'urée est éliminée presque aussi bien du côté de la contre-pression (pourvu que celle-ci ne soit pas trop forte), la quantité d'urine *diminue* beaucoup. Cette urine ne renferme pas nécessairement de l'albumine, alors même que la contre-pression est de 60 centimètres et que la quantité d'urine est diminuée des *quatre cinquièmes*. Mais une condition qui me paraît essentielle pour que l'albuminerie ne se produise pas, c'est que la contre-pression soit constante, c'est-à-dire exempte d'*à-coup*.

Transportant à la clinique ces données expérimentales, nous dirons que le défaut d'élimination de l'urine amènera une hydrémie et par conséquent un état favorable à la production d'une anasarque chez un sujet plus ou moins cachectique, et que l'urine pourra rester exempte d'albumine s'il n'y a pas de brusques augmentations de pression dans les uretères. S'il se produit dans l'uretère le reflux d'une urine même exempte de microorganismes, l'albuminurie pourra exister et on rentrera dans les conditions vulgaires de l'anasarque avec albuminurie. Si ce reflux n'a pas lieu, l'albuminurie pourra manquer alors même que l'urine de la vessie sera ammoniacale, condition cependant bien favorable à l'infection du rein. C'est ce qui résulte d'une observation de Michel.

Une condition favorable au reflux est l'hypertrophie de

la vessie. Aussi dans la plupart des cas d'anasarque par rétention d'urine sans albuminurie, l'hypertrophie de la vessie n'est-elle pas signalée. Elle faisait notamment défaut dans une observation personnelle que j'ai récemment recueillie.

Du diabète pancréatique expérimental. — M. De Dominicis (de Naples). Le diabète pancréatique expérimental, qui est le plus souvent sucré, plus rarement insipide, est la conséquence de l'absence de la sécrétien du pancréas dans l'intestin.

La ligature du canal de Wirsung, sans altérer les rapports vasculaires en supprimant toute communication entre le pancréas et le duodéum, a les mêmes conséquences que l'extirpation total de la glande. Les animaux meurent dans les vingt-quatre heures par la mortification du pancréas ; quelques-uns survivent. Ceux qui survivent présentent les symptômes d'animaux diabétiques.

En plaçant une partie du pancréas dans le tissu conjonctif sous-cutané de l'abdomen d'un chien, et en extirpant ensuite la portion intra-abdominale de la glande, on voit se produire un diabète identique à celui qu'on obtient par l'extirpation totale.

L'extirpation totale du pancréas n'est pas toujours suivie de glycosurie, comme l'affirment Minkowski, Hédon et d'autres auteurs ; mais à part la glycosurie, tous les autres phénomènes du diabète grave se produisent constamment.

D'après mes expériences, je me crois autorisé à conclure que la suppression du pancréas produit, d'une part, des altérations de la nutrition générale, et, d'autre part, des matières toxiques qui provoquent un processus de désassimilation et souvent la glycosurie.

D'une forme de cirrhose non alcoolique du foie par auto-intoxication d'origine gastro-intestinale. — MM. Hanot et Boix (de Paris). L'alcool est loin de constituer aujourd'hui la raison pathogénique exclusive des cirrhoses du foie. A côté de lui doivent prendre place désormais les infections et les intoxications d'origine microbienne.

Le plus habituellement les types cliniques et anatomiques sont suffisamment nets pour nous permettre de remonter à la cause. Dans certaines conditions, à vrai dire, on ne peut trouver à l'origine de la maladie une cause jusqu'ici reconnue comme efficiente.

Chez certains malades que nous avons pu suivre et qui étaient indemnes de tout alcoolisme et de toute maladie infectieuse, nous avons pu noter une dyspepsie ancienne, avec ou sans dilatation de l'estomac. Or, chez ceux que nous avons observés dès le début, nous avons pu voir le foie augmenter lentement de volume et acquérir assez rapidement une *dureté ligneuse* des plus nettes.

L'hypertrophie est en général modérée.

Les symptômes fonctionnels sont très peu accentués et, en dehors d'une certaine lassitude et d'une sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit, on ne trouve presque rien. Dans certains cas, cependant, surviennent des accidents aigus, sous forme d'embarras gastrique, avec poussée congestive du côté du foie, ou bien il existe de la périhépatite susceptible de simuler la colique hépatique fruste

Au point de vue histologique, nous avons pu constater une sclérose périportale avec intégrité de la veine centrale du lobule. Le tissu conjonctif pénètre plus ou moins loin dans l'intérieur des lobules (cirrhose monolobulaire intralobulaire).

La dyspepsie prolongée nous a paru la seule cause rationnelle de cette cirrhose. Chez trois de nos malades nous avons pu constater une hypochlorhydrie très net

Toutes les substances toxiques résultant de fermentations gastro-intestinales, apportées directement au foie par veine porte, peuvent sans doute déterminer à la longue lésions irritatives sur les vaisseaux de cet organe.

Le pronostic d'une pareille affection est bénin ; mais foie ainsi lésé sera assurément plus accessible aux infections intercurrentes. Quant au traitement il devra surtout viser la dyspepsie préexistante (régime diététique, antisepsie intestinale, etc).

Cette cirrhose peut être considérée comme une variété de l'hypertrophie hépatique décrite par M le professeur Bouchard dans la dilatation de l'estomac.

La nutrition dans le diabète sucré. — M Frémont (de Vichy). L'analyse avant tout traitement de l'urine des vingt-quatre heures, pour trois cent cinquante-deux diabétiques donne comme moyenne : quantité, 1530 cc. ; densité, 10 acidité, exprimée en acide phosphorique anhydre, 4 gr. 7 matériaux solides, non compris le sucre, 60 gr. 50 ; chlorures, non compris le chlore organique, 8 gr. 20 ; ur 29 gr. 20, acide urique, 0,693 ; azote total, exprimé urée, 32 gr. 74 ; coefficient d'oxydation azoté, 858 0/0 acide phosphorique, 2 gr. 502 ; sucre, 43 gr. 11 ; albumi 0 gr. 44.

En tenant compte de l'âge et de la taille pour établ le poids que ces sujets auraient dû avoir, on peut établ le rapport de ces quantités avec l'état normal ; celui-ci ét 1, on trouve les rapports ; quantité, 1,03 ; densité, 10, acidité, 2,14 ; matériaux solides, 1,14 ; chlorure, 1, urée 1,16 ; acide urique, 1,24 ; azote total, 1,18 ; coeffici d'oxydation azoté, 1,04 ; acide phosphorique, 1.

L'urine diabétique établit l'exagération de la désassi lation, de l'acidité, des oxydations. Pratiquement on d chercher à modifier ces troubles, respecter les fonct digestives qui permettent la lutte, prescrire un usa abondant des boissons qui préviennent l'empoisonnem sucré, le régime carné progressivement avec les alcali car il augmente l'acidité. Même chose pour l'exerci Choisir les médicaments suivant l'état des oxydations :

Alcalins, antipyrine, opium, exalgine, arsenic et lithi sulfate de quinine, bromure, bains tièdes, valériane, si l oxydations sont exagérées : strychnine, fer, chlorure sodium, oxygène, bains d'air comprimé, douches froid si les oxydations sont normales ou inférieures à la no male.

D'après les résultats obtenus chez trois cent cinqua malades, la cure de Vichy tend à ramener l'urine diab tique à l'état normal ; elle diminue l'acidité ainsi que l oxydations ; augmente l'assimilation des principes azot diminue le sucre et l'albumine dyscrasique. Elle convie dans presque tous les cas, parce que les oxydations so presque toujours exagérées. Elle est formellement contr indiquée toutes les fois qu'il y a la tendance aux œdèm aux stases des membres inférieurs.

Le foie dans les infections. — M. Roger. Les maladies i fectieuses les plus diverses peuvent déterminer, au nive du foie, des lésions anatomiques et des troubles fonctio nels. Les lésions varient non seulement d'une maladie

itre, mais aussi dans la même maladie évoluant sur des imaux d'espèces différentes ou de même espèce. Si l'on idie, par exemple, la tuberculose, on voit que la maladie traduit chez la poule par des nodules vitreux, chez le san par des lésions amyloïdes, chez le cobaye par des ions cirrhotiques, etc. Avec le microbe que j'ai décrit us le nom de bacillus septicus putridus, j'ai produit au veau du foie des thromboses, des dégénérescences hya-es, des foyers embryonnaires, des cirrhoses systéma-ques périportales. Toutes ces lésions, j'ai pu les repro-dire avec les matières solubles des cultures, démontrant nsi que toutes, depuis les thromboses jusqu'aux scléroses, lèvent d'un processus toxique.

Il ne suffit pas de connaître les lésions anatomiques du ie : il faut étudier aussi les troubles fonctionnels. On sait ue le foie arrête et transforme la plupart des poisons que i amène la veine-porte et notamment les poisons micro-iens. Cette fonction étant intimement liée à la présence u glycogène, j'ai été conduit à rechercher ce que devenait glycogénie au cours des infections. En étudiant le char-on et la maladie streptococcique, j'ai vu que la quantité e glycogène contenue dans les cellules reste normale pen-ant la première période de ces infections, malgré l'éléva-on thermique qui atteint et dépasse 41°. La quantité de ucre que renferme le sang ne varie pas. Plus tard, quand pparaissent les phénomènes graves et que la température 'abaisse, le glycogène disparaît rapidement ; le sucre du ang augmente dans le charbon et peut atteindre 3 p. 100 ; l diminue au contraire et disparaît dans l'infection strep-ococcique.

On peut conclure de ces faits que, malgré la fièvre, le foie ontinue à protéger l'organisme contre les toxines, micro-iennes ou autres. Ces résultats comportent de nombreuses pplications cliniques. On comprend maintenant la gravité des infections chez les malades dont le foie est préalable-ment altéré. Sur 300 individus atteints d'érysipèle, entrés dans le service d'isolement dont je suis chargé, 10 ont suc-combé. Chez 4 d'entre eux, on trouva des lésions hépa-tiques avancées ; chez trois la mort est survenue au milieu du delirium tremens et l'on peut se demander si les altéra-tions hépatiques ne jouent pas un certain rôle prédisposant dans les troubles délirants des alcooliques.

L'érysipèle des hépatiques n'est pas forcément mortel. Deux malades atteints, l'un de cirrhose alcoolique hyper-trophique, l'autre de cirrhose hypertrophique biliaire, ont guéri ; car chez tous deux les cellules hépatiques étaient saines. Toute l'évolution dépend donc de l'état des cellules.

Poisons cardiaques microbiens. — M. Roger. J'ai étudié, au moyen de la méthode graphique, l'action exercée sur le cœur de la grenouille par quatre poisons d'origine mi-crobienne : ce sont ceux que produisent le B. septicus pu-tridus, le Proteus vulgaris, le B.coli, le B. diphtéritique.

Tous quatre ralentissent les battements ; ils allongent la durée des systoles et surtout des diastoles ; l'amplitude des systoles diminue sous l'influence des toxines du Proteus ou du B. septicus. L'excitabilité faradique du cœur n'est pas modifiée par ces poisons, sauf par ceux du B. septicus. Les toxines sécrétées par ce microbe rendent le cœur com-plétement inexcitable ; on ne peut l'arrêter par l'excitation des pneumogastriques, on ne peut modifier la forme et le rythme des contractions par des courants portés directe-ment sur le myocarde.

Sur deux modes inédits de contagion de la tuberculose par la voie buccale. — M. le Dr L.-H. Petit (de Paris). 1er *Mode* : Des phtisiques fument des cigares ou des cigarettes ; ils en jet-tent les bouts, qui renferment des bacilles et sont ramas-sés ; ils sont alors fumés par des gens bien portants qui les achèvent, ou par des industriels de bas étage qui vendent ce tabac aux ouvriers. Ce tabac infecté ne peut-il commu-niquer la tuberculose aux personnes qui en font de nou-velles cigarettes et le fument ?

Un autre danger analogue peut encore provenir d'ou-vriers employés à la fabrication des cigares et cigarettes dites à la main ; ces ouvriers peuvent être phtisiques et se servir de leur salive pour coller les feuilles de tabac ou le papier à cigarette.

2e *Mode* : Un caissier phtisique à marche lente et son pa-tron se servent du même porte-plume ; en mettant ses comptes en ordre, le caissier met à chaque instant son porte-plume dans sa bouche et l'infecte ; le soir le patron vérifie les comptes et fait la même manœuvre avec le porte-plume ; au bout d'un an, cet homme, jusque-là robuste et bien portant, est atteint d'adénite cervicale et cinq ans après de tuberculose pulmonaire.

Les tuyaux de pipe, les manches de porte-plume, les crayons, les couteaux à papier, transmettant très bien la syphilis buccale, peuvent tout aussi aisément propa-ger la tuberculose.

Rôle de la débilité nerveuse dans la production de la fièvre. — M. Bouchard. Les fébricitants que l'on amène à l'hôpital ont une température supérieure d'un degré et plus à la température qu'ils présenteront le lendemain et les jours suivants. De même les visites reçues par les fé-bricitants élèvent la température et font même reparaître la fièvre lorsque la convalescence est arrivée. L'alimenta-tion, la fatigue musculaire, un trouble intellectuel ou émo-tif suffisent souvent pour ramener ou provoquer la fièvre. Ces retours de fièvre, produits dans tant de circonstances diverses par des causes si variées, dépendent directement de la cause elle-même, qui trouve chez l'homme débile, mieux que chez l'homme sain, un système nerveux capa-ble de subir les influences perturbatrices de la thermogé-nèse et de la déperdition thermique.

L'organisme est réglé de manière à empêcher automati-quement des écarts de plus d'un demi-degré au-dessus ou au-dessous de la température moyenne du corps. Cepen-dant, tout montre que l'homme est beaucoup mieux armé pour empêcher sa température de cesser d'être normale que pour la ramener à l'état normal. Il résiste longtemps aux causes perturbatrices constantes, sans que la vigilance et l'énergie du système nerveux se trouvent en défaut jus-qu'au moment où il est épuisé par la lutte. La période pen-dant laquelle le système nerveux lutte efficacement contre les causes d'hyperthermie est plus ou moins considérable. Il en résulte que, chez les individus faibles ou affaiblis, chez les débiles, les éprouvés par des maladies aiguës ou chroniques de longue durée, on voit survenir des accès de fièvre ou des recrudescences pour des causes qui, chez l'homme sain, peuvent bien accroître la calorification, mais ne réussissent pas à élever la température.

Les perturbations intellectuelles, émotives, volitives, l'u-sage prématuré d'aliments, la fatigue corporelle légère peuvent donc provoquer la fièvre chez le débilité. Le tra-vail musculaire intervenant seul suffit parfois à expliquer l'élévation thermique et, pour M. Bouchard, on ne peut plus mettre en doute, aujourd'hui, l'échauffement par

l'exercice musculaire. Dans l'état normal, un travail modéré produit chez l'homme une notable élévation de température, qui est bientôt limitée par la perte de calorique qui se produit au niveau de la peau dès que la transpiration commence et qui refroidit la peau d'abord et tout le corps ensuite. Se peigner dans son lit pour une convalescente est un travail musculaire qui entraîne une fatigue pouvant produire la syncope ; il en résulte le plus souvent un accès de fièvre avec élévation de 1 degré, soit parce que le système nerveux trop faible n'a pas su modérer les actions chimiques qui, pendant la contraction musculaire, donnaient de la chaleur, soit parce qu'il n'a pas su proportionner à la chaleur produite le fonctionnement des appareils déperditeurs du calorique.

Lorsque les aliments pris à un repas sont trop copieux ou quand la fonction digestive est languissante, le repas est suivi d'une élévation thermique, soit par action plus grande des énergies glandulaires, soit par action exercée sur le système nerveux par des produits de digestion imparfaite ; c'est la fièvre de mauvaise digestion, c'est la fièvre des dyspeptiques. La température centrale peut alors monter à 39°,4. Quand la débilité d'une longue maladie ou d'une convalescence a fait perdre au tube digestif sa puissance fonctionnelle, les premiers repas ou les repas disproportionnés à l'état des forces deviennent cause d'accès fébriles qu'il ne faudrait pas attribuer à une rechute ou à une recrudescence de la maladie.

Chez l'homme normal, il n'est pas démontré que l'échauffement du cerveau produit par le travail intellectuel amène l'échauffement du corps entier, mais l'activité cérébrale peut, quand elle se produit, dépasser les zones intellectuelles et atteindre les zones thermiques. La fièvre pourrait alors être produite par une action sur la nutrition de tout le corps. Cette élévation de température par le travail intellectuel, peu manifeste ou contestée chez l'homme normal, est certaine chez le malade ; tous les cliniciens ont eu occasion de le constater.

Dans la fièvre typhoïde, les bains progressivement refroidis jusqu'à 30° abaissent la température d'un demi-degré à 1°, parfois de 3°. Quelquefois la température reste stationnaire, elle peut même s'élever. Sauf de très rares exceptions, les élévations de température dans le bain ne se voient que chez les femmes qui résistent à la balnéation, qui ne la subissent que par contrainte. C'est là l'effet de la lutte et de la fatigue nerveuse.

En résumé, on doit admettre que si un système nerveux robuste sait garantir l'économie contre les variations thermiques, la faiblesse nerveuse rend sa protection moins vigilante ou moins efficace. Les causes dont on constate la réalité à l'état normal produisent alors des actions évidentes. Le système nerveux débilité est un réactif particulièrement sensible pour les agents provocateurs de fièvre.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 avril.— Présidence de M. Lucas-Championnière.

Anévrysme poplité. Ligature. Insuccès. Ablation du sac. Guérison. — M. Chaput. Il s'agit d'un homme de 46 ans qui, à la suite d'un effort pour se retenir, vit apparaître une tumeur douloureuse, pulsative, avec expansion de la région poplitée. Ayant diagnostiqué un anévrysme artériel, M. Chaput fit d'abord la ligature qui fut suivie d'insuccès. On dut faire l'ablation du sac. Le malade guéri a été présenté dans la dernière séance.

Métrite et prolapsus utérin. — M. Bazy. Dans deux observations où le prolapsus était complet, j'eus l'occasion de faire la série d'opérations qu'a indiquée M. Bouilly. Le prolapsus se reproduisit incomplètement ; malgré l'absence de métrite, une des malades recommença à souffrir ; l'autre atteinte de métrite fut reprise de douleurs aussi sinon plus vives.

De la conduite à suivre dans les cas de hernies étranglées gangrenées. — M. Segond. Dans une séance précédente M. Chaput semble conseiller de faire l'entérorraphie après la résection de l'anse gangrenée. Dans trois cas où j'ai suivi cette méthode, mes trois malades sont morts, tous trois après avoir été à la selle, sans qu'on trouve trace de perforation ou d'épanchement du canal. Les malades n'avaient pu supporter la très longue durée que nécessite cette intervention compliquée. Il est prudent de faire le moins possible comme gravité et comme durée opératoire. D'où je crois que la méthode ancienne est la plus prudente, la plus rationnelle : ouverture de l'anse gangrenée et création d'une anse contre nature. Ce n'est pas dire que cette dernière méthode donne toujours des succès. Le résultat n'en est pas brillant, mais il est cependant moins dangereux de suivre le conseil classique.

M. Terrier. Les conclusions de M. Segond me paraissent rationnelles, mais l'entérorrhaphie est une opération idéale. Et si on peut avec moins de gravité opérer les malades, diminuer la durée opératoire, c'est à cette méthode idéale qu'il faut avoir recours. Les boutons de Murphy (de Chicago) permettent de faire l'anastomose en un quart d'heure de là la supériorité de cette méthode qu'il serait satisfaisant d'essayer en France.

M. Kirmisson. Je me suis toujours contenté de faire l'anus contre nature, et je m'en suis le plus souvent bien trouvé. Je mets comme restriction le cas où existait un procédé plus simple et moins dangereux.

M. Lucas-Championnière. L'entérorraphie est une opération trop longue et trop incertaine. Quand on la commence on ne sait jusqu'où on sera forcé d'aller, et c'est à l'anus contre nature qu'il faut recourir, avec la même restriction que vient de faire M. Kirmisson au sujet du procédé de M. Murphy que je n'ai pas eu l'occasion d'essayer.

M. Chaput. L'entérorraphie n'est pas toujours aussi longue que le disent mes contradicteurs, tout en ne prenant pas la méthode de Murphy. Les malades auxquels on a établi l'anus contre nature sont ultérieurement exposés à des complications qui peuvent entraîner la mort.

Fistule trachéale. — M. Kirmisson. Un jeune homme, pendant cinq ans, porta une canule. La respiration se faisant d'une façon normale, l'affection, inconnue du reste, pour laquelle on avait fait la trachéotomie, ayant disparu, je songeai à oblitérer la fistule par la méthode que M. Berger nous est venu décrire. Le malade, après la suture, respirait mal. Le lendemain dans l'après-midi, il fut pris de suffocation et on dut retirer les points de suture et remettre la canule. Puis tout étant rentré dans l'ordre, je supprimai purement et simplement la canule. Peu à peu la fistule s'oblitéra spontanément. Un accès de toux a ouvert de nouveau un petit orifice. Que deviendra-t-il ! Ultérieurement le malade sera présenté.

L. Bazy. J'ai dû, dans le service de M. Richet, chercher guérir une fistule trachéale chez un cocher qui avait té de se suicider. Le procédé autoplastique a donné une nion par première intention.

arice anévrysmoïdale de l'origine de la saphène. — Présentation de pièces, par M. Segond.

F. Verchère.

MEMENTO PRATIQUE

53. — Pilules pour augmenter le volume des seins. Monin, qui ne doute de rien, propose la formule suivante :

Extrait de galéga	
— d'ortie blanche	ââ 0 gr. 05
— d'ergot	
Hypophosphite de chaux	
Essence de cumin	q. s.

Pour une pilule dragéifiée.

A prendre aux repas, deux à six par jour.

Sur le traitement de la coqueluche. — M. le G. Variot, médecin des hôpitaux, fait connaître traitement très simple qu'il a adopté contre cette fection et dont il a retiré les meilleurs résultats. Il nseille de donner trois fois par jour, le matin, à midi, soir, une cuillerée du mélange suivant dans un peu lait sucré :

Eau distillée	250 grammes
Bromure de potassium	8 —
Teinture de valériane	8 —

Administrer trois cuillerées à café de cette solution ux bébés, à dessert aux enfants de deux à cinq ans, soupe aux enfants de cinq à dix ans. Une heure après administration de la solution mixte de bromure et de alériame, il donne exactement aux mêmes doses le irop de térébenthine.

Cette médication agit comme balsamique sur la sérétion bronchique par la térébenthine, et comme ntispasmodique par le bromure et la valériane. Lorsue les râles deviennent confluents dans la poitrine, il lonne la poudre d'ipéca à la dose de 60 centigrammes 1 gramme le matin pour évacuer les mucosités bronhiques.

L'hygiène des coquelucheux doit occuper une grande lace dans le traitement. M. Variot conseille de faire ivre les enfants au grand air, à moins d'accidents roncho-pulmonaires sérieux, et en hiver le changement de climat si les conditions sociales le permettent.

Le coquelucheux doit être alimenté d'une manière péciale. Il doit faire des repas fréquents, fractionnés, eu abondants ; l'alimentation doit être riche en albuminoïdes et animalisée (œufs, viande crue, jus de iande), on doit y joindre quelques préparations toniques, tels que le vin de quina, le sirop de lacto-phosphate de chaux. (*J. de clin. et de thérap. infantiles*, 22 mars 1894.)

RECTIFICATION

Paris, le 25 avril 1894.

Mon cher Rédacteur en chef,

Absent de Paris, où je suis rentré hier seulement, je n'ai pu revoir les épreuves du rapport que vous avez publié, en tête du dernier numéro de la France médicale, sur la *Déclaration obligatoire des maladies épilémiques* et, grâce mon écriture trop souvent illisible, il s'est glissé de nombreuses erreurs. Je ne saurais ici les relever toutes, mais vous me permettrez de rectifier celles qui peuvent dénaturer ma pensée ou prêter à de fausses interprétations.

Page 241, 2e colonne, 3e paragraphe : au lieu de *liberté* professionnelle, lisez *dignité* professionnelle.

Page 241, 2e colonne, 7e paragraphe : au lieu de *par* les mesures, lisez *ponr*; et de *tient* à limiter, lisez *tend*.

Page 241, 2e colonne, 10e paragraphe : au lieu de *comme tous*, lisez *comme toute*.

Page 242, 1re colonne, 1er paragraphe : eu lieu de *santé physique*, lisez *santé publique*.

Page 242, 1re colonne, 2e paragraphe : au lieu de *ressentir et effacer*, lisez *prévenir et atténuer*.

Page 242, 2e colonne, 2e paragraphe : au lieu *provoquera*, lisez *provoquer*.

Page 243, 2e colonne, 1er paragraphe : au lieu de *Secret médical*, lisez *Droit médical*.

Page 244, 2e colonne, 1er paragraphe : au lieu de *et* son devoir, lisez *ou* son devoir.

Page 244, 2e colonne, 2e paragraphe : au lieu de *envoyés*, lisez *rouages*.

Page 245, 1re colonne, 1er paragraphe : au lieu de *engager dans*, lisez *engendrer*.

Page 246, 1re colonne, 1er paragraphe : au lieu de article **35**, lisez article **15**; au lieu de *considérer*, lisez *concilier*; au lieu de *sans former*, lisez sous forme.

Page 246, 1re colonne, 2e paragraphe : au lieu de *prohibée*, lisez *habitée*.

Page 246, 1re colonne, 3e paragraphe : après *produit une note*, ajoutez : *de son médecin*.

Page 246, 1re colonne, 4e paragraphe : au lieu de médecin *surveillant*, lisez médecin *consultant*.

Page 246, 1re colonne, 5e paragraphe : au lieu de *exercé*, lisez *dévoué*.

Veuillez agréer, mon cher rédacteur en chef, avec mes remerciements, l'assurance de mes sentiments les plus dévoués. Dr F. de Ranse

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 21 avril 1894, M. Girard, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Corps de santé militaire. — Réserve. — Par décret, en date du 14 avril 1894, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Leplat, Maurel, Sattler, Cuillé, Lamiot, Dematte et Phélisse.

Corps de santé militaire. — Réserve et armée territoriale.

Par décision ministérielle, en date du 14 avril 1894, les convocations pour l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale seront faites par les soins et sur le territoire des commandants de corps d'armée dont relèvent les intéressés par leur affectation. Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie ou à la Tunisie et résidant en France pourront être appelées dans la région où ils sont domiciliés.

Les médecins qui désireraient accomplir leur stage, sans solde, dans un autre centre d'instruction que celui qui leur sera assigné devront, dès la réception de leur ordre d'appel, en rendre compte à M. le directeur du service de santé de leurs corps d'armée qui soumettra au ministre la liste de ces médecins avec ses observations.

Aucun sursis d'appel ne pourra être accordé, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations. Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 21 avril 1894, M. Séguin, médecin de deuxième classe de la marine a été promu au grade de médecin de première classe.

— Par décret, en date du 21 avril 1894, M. Guillet, ancien médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé, dans la réserve de l'armée de mer, au grade de médecin de deuxième classe.

La **Société française d'ophtalmologie** tiendra sa séance annuelle à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, à Paris, du 7 au 10 mai prochain.

Ordres du jour des séances arrêtés par les soins du comité :

Première séance, lundi 7 mai à 8 heures du matin.

MM.

1. Haltenhoff, de Genève. Rapport. Traitement de la cataracte traumatique.

2. De Wecker, de Paris. La suppression partielle de l'emploi des collyres.

3. Venneman, de Louvain. Traitement chirurgical des granulations.

4. Armaignac, de Bordeaux. Nouvelle observation de guérison spontanée de décollement traumatique de la rétine.

5. Teillais, de Nantes. Iritis hémorrhagique.

6. Javal, de Paris. Emploi des figures stéréoscopiques pour le traitement du strabisme.

7. Parinaud, de Paris. Modèle de stéréoscope clinique.

8. Suarez de Mendoza, d'Angers. Sur les affections oculaires réflexes d'origine dentaire.

9. G. Martin, de Bordeaux. Des tumeurs de l'orbite provenant du sinus frontal.

Deuxième séance, mardi 8 mai à 8 heures du matin.

MM.

1. Warlomont, de Bruges. Un cas de buphtalmie avec conservation d'une bonne vision chez un sujet de 13 ans.

2. Trousseau, de Paris. Etude sur l'antisepsie oculaire.

3. Dianoux, de Nantes. Tumeurs de la glande lacrymale.

4. Nuel, de Liège. La kératite ponctuée superficielle avec démonstration microscopique.

5. Masselon, de Paris. De la sclérectasie nasale dans la myopie.

6. Truc, de Montpellier. Sur la présence du sucre dans les milieux de l'œil à l'état normal et pathologique.

7. Motais, d'Angers. Nouveau procédé d'avancemen musculaire ; ses indications.

Troisième séance, mercredi 9 mai à 9 heures du matin.

MM.

1. Gallemaerts, de Bruxelles. Sur la recherche des cor étrangers magnétiques ayant perforé le globe oculaire. Av démonstration d'un nouvel appareil.

2. Vignes, de Paris. Névrite optique par hérédo-syphili

3. Guibert, de La Roche-sur Yon. Du traitement rhin pharyngien dans les affections oculaires.

4. Fukala, de Pilsen. De l'extraction du cristallin dans myopie forte. Résultats de mes opérations. Mon procé actuel.

5. Vacher, d'Orléans. De l'extraction du cristallin tran parent comme moyen prophylactique de la myopie for progressive et du décollement de la rétine.

6. Abadie, de Paris. De l'ophthalmie purulente. Traite tement, étiologie, prophylaxie. Est-il utile d'isoler les m lades ? Est-il nécessaire de les déclarer comme attein d'une maladie contagieuse ?

7. Gaupillat, de Troyes. Sur une cause de l'augmentatio de la cécité en France.

8. Gorecki, de Paris. La déclaration à l'autorité des ca d'ophthalmie des nouveau-nés

9. Rolland, de Toulouse De l'antipyonine, son emploi e thérapeutique oculaire.

10. Despagnet, de Paris. Artérite rétinienne généralisé d'origine infectieuse. Impaludisme.

11. Haltenhoff de Genève. Paralysie d'accommodation apr une blessure thoracique.

Quatrième séance, mercredi après-midi à 2 heures.

Le Comité prie les collègues qui auraient des malade ou des opérés offrant de l'intérêt de vouloir bien les pr senter à la séance de mercredi après-midi. La démons tration des pièces anatomiques, de préparations histolo giques sera faite durant la même séance dans la grand salle de la bibliothèque au premier étage, où il y aura u microscope.

MM.

1. Landolt, de Paris. Présentation d'un ophtalmotrope.

2. Chibret, de Clermont-Ferrand. Etiologie de l'astig matisme inverse.

3. Chevallereau, de Paris. Astigmatisme et strabism convergent.

4. Sulzer, de Genève. Notice sur l'emploi et la fabricatio des verres de contact.

5. Rolland, de Toulouse. Présentation d'un appareil d'é clairage transportable pour la pratique de l'ophtalmosco pie, de la laryngoscopie, de la rhinoscopie, de l'otoscopi au domicile des malades.

6. Rochon-Duvigneaud, de Paris. Quelques résultat obtenus par l'éclairage de contact au moyen du procéd de Koch. — Examen par transparence du segment anté rieur de l'œil.

7. Tscherning, de Paris. La déformation de la cristal loïde antérieure pendant l'accommodation.

8. Darier, de Paris. Présentation d'instruments.

9. Sureau, de Paris. Skiascopie et skiascoptomètre.

10. Bourgeois, de Reims. Lunettes pour opérés de cata racte.

11. Rée, de Copenhague. Examen de l'œil avec un poin lumineux.

Parent, de Paris. Ophtalmoscope fixe.

inquième seance, jeudi 10 mai à 8 heures du matin.

De Spéville, de Paris. Deux cas de chorio-rétinite et thérapeutique suivie.

Parenteau, de Paris. Deux observations de paralysie culaire intermittente.

Bourgeois, de Reims. Procédé simple pour certaines ictions dans la chambre antérieure (instrument).

Fage, d'Amiens. L'extraction simple de la cataracte es yeux atropinisés.

Sauvineau, de Paris. Symptômes oculaires de la para- générale.

Terson, de Paris. Glaucome avec profonde excavation llaire sans oblitération de l'angle irido-cornéen.

Jocqs, de Paris. Hémianopsie homonyme double.

Vialet, de Paris. Considérations sur le centre visuel ical à propos de deux nouveaux cas d'hémianopsie is d'autopsie.

Plettinck-Bauchau, de Bruges. Cathétérisme du canal ymo-nasal et la sonde à demeure.

. Kœnig, de Paris. De l'atrophie héréditaire du nerf que.

. Darier, de Paris. Traitement de l'épithélioma.

. Suarez de Mendoza, d'Angers, n° 2. Traitement du homo par le grattage (nouveau procédé).

. Saad-Sameh, du Caire. La conjonctivite pseudo-mem- neuse et ses formes cliniques en Égypte.

. Germaix, d'Alger. Sur un procédé opératoire pour le ichiasis.

. Dracoulidès, de Constantinople. Sur un essai de trai- ent des atrophies papillaires par le sulfate de quinine, et 'inefficacité absolue de l'antipyrine sur ces atrophies iques.

Service médical de nuit dans la Ville de Paris.

Statistique du mois de mars 1894,

Par MM. les Dr[s] Passant et Rouillard.

Arrondis-sements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	3	9	0	12
2e	8	10	0	18
3e	19	18	7	44
4e	9	19	11	39
5e	10	16	5	31
6e	4	9	2	15
7e	6	13	4	23
8e	9	2	0	11
9e	2	2	3	7
10e	12	16	6	34
11e	48	78	32	158
12e	7	22	13	42
13e	20	36	14	69
14e	23	22	13	58
15e	23	31	11	65
16e	8	5	2	15
17e	18	34	7	59
18e	40	62	31	133
19e	37	44	18	99
20e	50	76	44	170
	356	523	223	1.102

moyenne des visites est de..... 35,5

ur le mois correspondant de l'an dernier elle était de..... 37

Visites du mois de mars 1893..... 1.115

Visites du mois de mars 1894..... 1.102

Différence en moins.... 13

Maladies observées.

A	
Angines et laryngites	64
Croup	12
Coqueluche	1
Otite	1
B	
Asthme	9
Affections du cœur	55
Bronchites aiguës et chroniques	136
Pleuro-pneumonie	64
Congestion pulmonaire	25
Grippe, Influenza	44
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	133
Dysenterie	10
Athrepsie	6
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	14
Hernie étranglée	11
Rétention d'urine	8
Maladies des organes génitaux externes	2
D	
Métrite, métro-péritonite	30
Métrorrhagie	18
Fausse couche	25
Accouchement, Délivrance	63
Accouchement non terminé	14
E	
Affections cérébrales	31
Convulsions, Eclampsies	37
Névralgie	21
Névroses	44
Epilepsie	4
Aliénation mentale	8
Alcoolisme, Delirium tremens	7
F	
Rhumatisme	12
Affections éruptives	42
Fièvre	16
Fièvre typhoïde	25
Hémorrhagies de causes internes et externes	29
Erysipèle	3
Corps étranger de l'œsophage	1
G	
Plaies, Contusions, Abcès	27
Fractures, Luxations, Entorses	10
Brûlures	2
Empoisonnements	3
Asphyxie par le charbon	1
Suicide	5
H	
Mort à l'arrivée du médecin	19
Total	1.102

Les hommes entrent dans la proportion de..... 32,30 0/0

Les femmes.....d°.....d°..... 47,36 0/0

Les enfants au-dessous de 3 ans...d°..... 20,23 0/0

Médecins conseillers généraux.— M. le Dr Thiaudière, de

Lussac-les-Châteaux, a été élu dimanche dernier conseiller général de la Vienne.

Médecin trésorier payeur. — M. le Dr Labuze, ancien député, trésorier payeur général à Marseille, est nommé trésorier payeur général à Montpellier.

Association des médecins de la Seine.— Dimanche 29 avril, à 2 heures *très précises*, l'Assemblée générale annuelle de l'Association aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel.

Cette assemblée a pour objet : 1° la lecture du compte rendu de l'année 1893 par le secrétaire général ; 2° l'élection d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général.

Candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par la Commission générale :

Président : M. Brouardel.

Vice-Présidents : MM. Guyon et Fernet.

Secrétaire général : M. Henri Barth.

La prévention de la cécité dans l'Ohio. — L'assemblée législative de l'Ohio vient d'approuver le vœu suivant :

Lorsqu'un œil ou les deux yeux d'un enfant seront enflammés ou tuméfiés ou bien lorsqu'ils seront le siège d'un écoulement dans les dix jours qui suivront la naissance, la sage-femme, la garde-malade ou tous ceux qui ont charge de l'enfant devront prévenir dans les six heures le médecin de la famille, ou, en l'absence de médecin traitant, le médecin sanitaire de la ville ou de la commune dans laquelle se trouvera l'enfant à cette époque ; ou bien, à défaut d'un médecin sanitaire, un praticien quelconque légalement autorisé à exercer la médecine dans l'Etat d'Ohio.

Tout manquement à cet arrêté sera puni d'une amende de 10 dollars au moins et de 100 dollars au plus et d'un emprisonnement qui ne pourra être moindre de trente jours et ne pourra excéder six mois ou des deux à la fois.

Cinq cents francs d'amende et six mois de prison, c'est sans doute un peu raide, mais si une mesure analogue était adoptée en France, nous n'aurions pas chez nous les trente-cinq à quarante mille aveugles qui font une si large brèche dans notre défense nationale et dans notre budget.

Legs — Par décret en date du 19 décembre 1893, le directeur de l'institution nationale des jeunes aveugles, agissant au nom de la Société de placement et de secours en faveur des élèves sortis de l'Institution nationale des jeunes aveugles, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 28 février 1866, dont le siège est à Paris, est autorisé à accepter la donation faite à ladite société par M. Zienc (Félix-François-Georges-Philibert), suivant acte notarié en date du 24 mai 1893, et consistant en un immeuble sis à Argenteuil, route de Saint-Germain, 78, qui comprend divers bâtiments et un terrain complanté d'arbres, d'une surface d'environ 800 mètres et évalué à la somme de 14.000 francs.

La patente des médecins. — M. Georges Berry a déposé hier à la Chambre une proposition tendant à dégrever de la patente les médecins, pour les locaux où ils donnent des consultations gratuites.

L'assainissement de la Seine. — La discussion sur le projet d'assainissement de la Seine a commencé mardi à la Chambre. M. le Dr Amodru, député d'Étampes, a pris la parole contre ce projet.

Cours d'hygiène sociale, professeur : M. le Dr A.-J. Mar — La conférence pratique du 29 avril aura lieu au cré toire du cimetière du Père-Lachaise à 9 heure et de très précises du matin.

Conférences d'embryogénie.— M. le Dr Dareste comm cera les conférences pratiques d'embryogénie normale tératologique le mardi 8 mai, et les continuera les sam et mardi de chaque semaine.

Laboratoire de Tératologie à l'École pratique de la Fac de Médecine. (Bâtiment du musée Dupuytren.)

Nécrologie. — Le Dr Géry, médecin de la Cie P.-L.-M Solliès-Pont (Var), décédé à l'âge de 62 ans. — Le Dr Pa maire de Sainte-Maure et vice-président du Conseil gén d'Indre-et-Loire, chevalier de la Légion d'honneur, déc à l'âge de 79 ans. — Le Dr Cohadon, de Clermont-Ferra reçu en 1883. — Le Dr Lostalot-Bachoué, consul de Fra à Wellington. — Le Dr Landowski, de Paris, reçu en 1

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le phosphore injectable, par le Dr J. Roussel (de Genè 1 vol. in-8, 29 pages. Sceaux. — Charaire et Cie, 1894.

Les vieux dogmes cliniques devant la pathologie mic bienne, par le professeur J. Grasset. 1 vol. in-8, 45 pag Montpellier. — Ch. Bœhm, 1894.

Formulaire spécial de thérapeutique infantile, par Dr R. Nogué. Un vol. in-12, 630 pages. — Paris, Soci d'éditions scientifiques, 1893.

Formulaire des alcaloïdes et des glucosides, par H. P quillon-Limousin, pharmacien de 1re classe, lauréat (daille d'or) de l'École de pharmacie de Paris. Introduct par le Dr Hayem, professeur de thérapeutique à la Fac de médecine de Paris. 1 vol. in-18 de 313 p., cartonné Prix : 3 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Ha feuille, à Paris.

L'eau minérale de Contrexéville et les maladies au tra ment desquelles elle convient, par le Dr Mabboux, ancien terne des hôpitaux de Strasbourg. In-8° de 208 p. broché : 4 fr. ; relié cuir plein souple : 5 fr. — Soci d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Précis de clinique thérapeutique, par le Dr A.-F. Plicq médecin-adjoint à la Compagnie du Nord, ancien inte des hôpitaux. Petit in-8 de 600 pages, cartonné toile. Prix : 7 fr.

DYSPEPSIES.— *Vin de Chassaing.*—Pepsine et Diast

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régén teur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l tomac et des Intestins.**

CAPSULES DARTOIS à la créosote de hêtre contre *br chites, catarrhes phtisie*, 2 ou 3 chaque repas.

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER. 1 cuillerée à café au re

Le Gérant : A. Chevallerea

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*